

***Dr Prénom NOM,***  
***Adresse***  
***Téléphone***  
***Mail***  
***RPPS/ADELI***

CPAM de .....  
Direction des Services aux Professionnels de Santé  
Adresse CPAM.....

Le .....

**Objet** : Demande d'aide à la prise en charge de la prime de responsabilité civile professionnelle  
***Envoi en Recommandé avec Accusé de réception***

Madame, Monsieur,

Je sollicite le versement de l'aide à la prise en charge de la prime de responsabilité civile professionnelle au titre de l'année .....

Je vous rappelle que mon organisme agréé est la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive :

**FCVD**

12, rue BAYARD

31000 Toulouse

A cette fin, vous trouverez en pièce jointe les justificatifs nécessaires :

- Copie du certificat d'accréditation délivré par la Haute Autorité de Santé (HAS)
- Copie du contrat d'assurance
- Attestation / Facture acquittée de paiement de ma prime d'assurance pour l'année .....

Je vous prie de bien vouloir agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

***Docteur Prénom NOM***

(Signature)